

# 疾病・障がい・介護等申告に係る診断書

## <医療機関記入欄>

（宛先）小金井市長

発行日 年 月 日

医療機関名

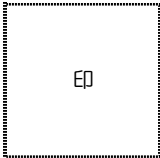
医師名

所在地

電話番号

記入担当者名

※医療機関印又は医師の印が無いものは無効です。



下記のとおり、診断します。

氏名	
生年月日	年 月 日
診断名	
治療予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日
症状	<p>医学的見地から、疾病又は障がいの症状により以下の状態にあたる。</p> <p><input type="checkbox"/> 常時病臥等、日中保育にあたることが著しく困難である。</p> <p><input type="checkbox"/> 日中保育にあたることが部分的に困難である。</p> <p><input type="checkbox"/> 上記以外で、居宅内療養を常態</p>

※ 診断を受ける方が被介護者の場合のみ、以下も該当するものにチェックしてください。

<p>医学的見地から、患者に対しては「付き添いが必要」な状態であるか。</p> <p><input type="checkbox"/> 自立できており、必要ない。</p> <p><input type="checkbox"/> （自宅・病院）での部分的な付き添いが必要である</p> <p><input type="checkbox"/> （自宅・病院）での全介助が必要である</p>
--

※ 記載内容の訂正については、記入担当者か医師の訂正印を押印してください。無い場合は、無効となります。

## <申請者記入欄>

（宛先）小金井市長

記入日 年 月 日

申請児童名		生年月日	年 月 日生（ 歳 か月）
申請児童名		生年月日	年 月 日生（ 歳 か月）
申請児童名		生年月日	年 月 日生（ 歳 か月）

- 本証明書に医師の印がない場合、本証明を無効とします。
- 記載内容の訂正に訂正印が無い場合は、無効となります。
- 本証明書に関連し、虚偽の申告が発覚した場合は、入園申請及び入園を無効（退園）とします。

上記に同意の上、申請します。

申請者署名 \_\_\_\_\_